

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1926

N°

26

THÈSE

POUR LE

Doctorat Vétérinaire

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1926

PAR

Emile BOUCHER

Né le 9 Mai 1888 à Evran. (Côtes-du-Nord)

De l'obstruction intestinale chez le cheval

Son traitement par l'Entéroclysme

JURY

Président : M. GOSSET, Professeur à la Faculté de Médecine

Assesseurs { M. ROBIN, { Professeurs à l'Ecole Nationale Vétérin.
 { M. COQUOT. { d'Alfort.

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

8, RUE ACCACIAS (PARIS (17°)

1926

De l'obstruction intestinale
chez le Cheval
son traitement par l'entéroclysme

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1926

N°

THÈSE

POUR LE

Doctorat Vétérinaire

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1926

PAR

Emile BOUCHER

Né le 9 Mai 1888 à Evran. (Côtes-du-Nord)

De l'obstruction intestinale chez le cheval

Son traitement par l'Entéroclysme

JURY

Président : M. GOSSET, Professeur à la Faculté de Médecine

Assesseurs { M. ROBIN, } Professeurs à l'Ecole Nationale Vétérin.
 { M. COQUOT. } d'Alfort.

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

8, RUE ACCACIAS (PARIS (17°))

1926

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE.

Directeur : M. E. NICOLAS.

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des Ecoles
Vétérinaires

P.-J. CADIOT, A. RAILLIET, H. VALLÉE.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie descriptive des mammifères domestiques	BOURDELLE
Physiologie, thérapeutique générale, matière médicale.	MAIGNON
Physique et chimie médicales, toxicologie, pharmacie	NICOLAS
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique, histoire naturelle médicale	HENRY
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique ; sémiologie et propédeutique, jurisprudence.	ROBIN
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique ; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure	COQUOT
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique ; médecine opératoire, obstétrique.	MOUSSU
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique	PANISSET
Histologie et embryologie, anatomie pathologique, inspection des denrées alimentaires ; autopsies	PETIT
Hygiène et agronomie ; zootechnie et économie rurale.	DECHAMBRE

CHEFS DE TRAVAUX

MM. DELMER
LEBLOIS
LEBOUYRIES
MONVOISIN

MM. MOUSSU (R.)
PETIT (M.)
VERGE



La Faculté de Médecine et l'École Vétérinaire déclarent que les opinions émises
dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni im-
probation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COQUOT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS et AMICIS

CHAPITRE I

Considérations Générales

De toutes les affections auxquelles le cheval est sujet, il en est une que l'on rencontre avec une fréquence particulière dans l'arrondissement de Dinan : c'est le syndrome communément désigné sous le nom de Coliques, cette expression, venue de la vieille hippiatrique continuant à désigner une série de manifestations douloureuses, d'origine abdominale, qui traduisent des troubles divers de l'appareil digestif.

Les entérites, les gastro entérites, les intoxications d'origine végétale ; les ulcérations, le rétrécissement et la dilatation de l'intestin ; les indigestions gastrique et intestinale ; l'obstruction, l'occlusion intestinale ; les tumeurs et les parasites de l'intestin ; tels sont les principaux états morbides qui s'accompagnent chez le cheval de coliques et qui de ce fait sont couramment désignés sous ce nom.

Toutes ces affections ne se rencontrent pas avec la même fréquence, il en est de très rares, mais par contre, dans notre clientèle et sans doute pour des causes inhérentes à la région dans laquelle, nous exerçons, nous sommes souvent appelés à donner nos soins à des chevaux atteints

d'obstruction intestinale par suite de la présence dans l'intestin d'un obstacle à la progression des matières alimentaires, obstacle déterminant un arrêt pur et simple du cours des aliments.

Ces obstacles sont représentés ordinairement par des pelotes stercorales, des aegagropiles, des calculs, des ascaris pelotonnés.

Les symptômes qu'ils déterminent présentent les plus grandes analogies quelle que soit la nature de la masse obstruante. Le diagnostic ne s'impose pas d'emblée. Il est nécessaire d'examiner attentivement, les gestes et les attitudes du malade, de noter les modifications fonctionnelles qui se produisent, ensuite de chercher à les interpréter pour pouvoir établir les différences suivant les cas.

Le pronostic est toujours grave, les terminaisons mortelles sont fréquentes, surtout lorsque l'intervention a été tardive, ce qui est à peu près la règle dans notre région. Les propriétaires ignorent presque toujours la gravité de l'affection dont leur animal est atteint et sont enclins à temporiser ou à essayer l'action de quelque médication bénigne.

La guérison survient quelquefois, mais cette terminaison heureuse est l'exception, et, le plus souvent, le propriétaire de l'animal n'obtenant aucun résultat se décide à nous appeler, trop longtemps après le début de l'évolution. Tous les efforts du praticien doivent avoir pour but le rétablissement du cours normal des matières intestinales. A cet effet la thérapeutique met à notre disposition de nombreux moyens. Mais nous avons été frappés de

l'inefficacité de la plupart de ceux-ci dans les cas graves. Par contre il en est un que nous employons avec succès et qui nous a donné parfois des résultats inespérés. C'est l'entéroclisme ou grand lavement sous pression que nous décrirons après une étude générale des obstructions intestinales.

1° Par pelotes stercorales.

2° Par aegagropiles

3° Par calculs

4° Par ascaris peletonnés.

CHAPITRE II

Obstruction intestinale par pelotes stercorales

On désigne sous ce nom un accident produit par l'immobilisation en un point déterminé de l'intestin de matières alimentaires mal triturées, mal digérées, en partie déshydratées et tassées à l'état de pelotes.

Le siège de ces pelotes est variable, on les rencontre dans le caecum, le gros colon, le colon flottant et le rectum, mais les lieux d'élection sont la courbure pelvienne du gros colon et l'origine du colon flottant.

Deux conditions sont nécessaires pour réaliser cette obstruction. Il faut tout d'abord que les pelotes puissent se former et ensuite que leur progression dans le tube intestinal soit rendue impossible.

De nombreuses causes président à l'élaboration de ces phénomènes ; formation et stase des pelotes. Parmi celles-ci les auteurs sont d'accord en ce qui concerne,

1° **La vieillesse.** — Chez les chevaux âgés de nombreuses dents font défaut, les autres sont plus ou moins cariées, plus ou moins douloureuses, la table dentaire au lieu d'avoir une surface régulière présente l'aspect de monta-

gues russes, de sorte que la mastication devient pour eux, une opération difficile, les aliments ne sont pas suffisamment triturés, la cellulose n'est plus attaquée par les sucs digestifs et les microbes de la digestion et les bœufs alimentaires passent déjà à l'état de pelotes dans un tube digestif rendu paresseux par l'amoindrissement organique qui accompagne la vieillesse.

2° L'indigestibilité des aliments. — Les aliments durs, ligneux, les aliments mal récoltés, moisiss, pourris, ceux, les aliments riches en cellulose possèdent un coefficient de digestibilité réduit et ont tendance à se loger dans l'intestin. Les deux causes, vieillesse et indigestibilité des aliments, sont d'ailleurs réunies dans une troisième d'ordre économique : les animaux âgés sont ordinairement la propriété de personnes peu fortunées donnant non pas les aliments les meilleurs, mais ceux qui sont les meilleur marché.

3° Les thrombus de la grande mésentérique. — Ceux-ci déterminent une répartition inégale des apports nutritifs dans certaines parties de l'intestin d'où une moindre vitalité de celles-ci et leur atonie ou leur paralysie.

4° L'obstruction intestinale peut également être secondaire. — L'arrêt des matières excrémentitielles peut être dû à des tumeurs mélaniques, des abcès gourmeux, des blessures du rectum. Cette affection se produit aussi très fréquemment chez les jeunes chevaux. C'est ainsi que dans notre clientèle les chevaux âgés sont très rares et cependant nous nous trouvons très souvent en présence de ces cas d'obstruction.

Nous sommes en effet en plein pays éleveur, mais non naisseur. Les chevaux sont importés à l'âge de 6 ou 18 mois. Ce sont des bretons du Finistère ou des perche-rons de la Sarthe ou de la Mayenne. Le cultivateur les met progressivement au travail, et lorsqu'ils ont atteint leur complet développement c'est-à-dire à 4 ou 5 ans suivant la race, il les livre au commerce. Ils deviennent alors la propriété des marchands du Nord, du Centre, mais surtout du Sud-Est de la France.

Nos observations personnelles nous permettent de rapporter cette fréquence des obstructions intestinales chez ces jeunes chevaux aux causes suivantes.

1° Le Jet—C'est à dire l'époque où les dents de lait tombent et sont remplacées par les dents définitives ; de deux ans $1/2$ à trois ans, de trois ans $1/2$ à quatre ans et de quatre ans et $1/2$ à cinq ans. Durant ces périodes et particulièrement au « jet » de 3 et 4 ans, par suite de l'ébranlement de la dent de lait, les gestes de la mastication sont très douloureux, les chevaux les évitent donc le plus possible, les meules dentaires fonctionnant mal, ne s'usent plus régulièrement, elles présentent des aspérités très fines, des pointes qui blessent les joues et la langue venant encore accroître la douleur que produit la mastication des aliments.

Cependant comme l'organisme est en voie de développement et que l'animal a déjà été mis au travail, il a des besoins importants, et sous l'influence d'une faim impérieuse, avale des bols alimentaires mal triturés ou pas triturés du tout, mal insalivés dont les éléments ont ten-

dence à se feutrer dans le tube digestif. Celui-ci est obligé d'opérer un travail double pour suppléer au défaut de mastication et d'insalivation, d'où sa fatigue, son épuisement, l'affaiblissement d'abord, la disparition ensuite des contractions intestinales avec pour conséquence la stase de la pelote.

2^e — **L'administration d'ajonc épineux — (Ulex Europeus)** — La nature du sol ne se prêtant pas au développement des prairies naturelles ou artificielles, le fourrage sec n'est pas récolté en quantité suffisante pour subvenir à l'entretien d'un cheptel très important. Pour suppléer à cette pénurie le paysan utilise l'ajonc épineux ou ulex europeus qui pousse admirablement sur la lande bretonne même à l'état sauvage.

Cette papillonnacée constitue un fourrage excellent mais à condition de ne donner que des tiges jeunes, non ramifiées. Les tiges vieilles sont dures, ligneuses, les sucs digestifs exercent sur elles une action insuffisante, d'autre part, bien qu'elles soient préalablement hachées, on a tort de ne pas les soumettre au pilonnage, d'où mastication insuffisante par blessures des joues et quelquefois irritation des parois intestinales.

3^e Enfin à ces causes éminemment favorisantes s'en ajoutent deux autres très importantes : *Une alimentation très abondante et un exercice insuffisant.*

Le paysan de nos campagnes est fier de ses chevaux, non seulement il veut avoir un bon modèle de cheval, mais il met encore son point d'honneur à avoir des chevaux gras, « à pleine peau ». Au lieu de régler les repas il donne

d'abondantes « branées » mélange de son, d'avoine et d'orge concassés, le tout additionné d'eau tiède. Non seulement ces « branées » sont copieuses, mais elles sont encore trop souvent répétées : 5 ou 6 fois par jour ce qui n'empêche pas de donner du fourrage sec ou du vert. Ajoutons à cela une stabulation prolongée, un exercice insuffisant (l'exploitation dont le travail nécessiterait trois chevaux en compte cinq ou six), l'animal est constamment occupé à manger, l'intestin à digérer, d'où sa fatigue. Pour peu qu'un cheval soit glouton, aucune séparation n'existant entre les individus d'une même écurie nous avons toutes les conditions voulues pour que l'obstruction intestinale se réalise.

La pelote stercorale étant formée, de deux choses l'une, ou bien les contractions intestinales sont insuffisantes pour la pousser en avant et elle s'immobilise, ou bien les contractions intestinales n'ont pas perdu toute leur énergie, la pelote est poussée en avant, arrive en un point où l'intestin est normalement rétréci ou encore au niveau d'un coude, dont le passage dans les conditions ordinaires est déjà laborieux et elle marque un temps d'arrêt.

Jusqu'à ce moment nous n'avons pas encore assisté à l'apparition de symptômes bien nets. Le ou les jours précédents, le propriétaire s'est bien aperçu que son cheval tout en n'étant pas malade ne présentait pas sa manière d'être habituelle ; la démarche était plus raide, l'appétit plus capricieux, aussi s'est-il ingénié à lui présenter les aliments les plus volontiers acceptés d'ordinaire. La masse alimentaire et les contractions intesti-

nales en amont de la pelote ont tendance à pousser celle-ci en avant, à lui faire franchir le point rétréci ou la portion intestinale plus ou moins inerte. Alors l'animal devient inquiet, s'arrête brusquement de manger, gratte du pied, s'agite, manifeste en somme des signes de coliques. Celles-ci très légères au début croissent bientôt pendant 3 ou 4 heures, le malade secoue sa litière, l'amoncelle sous lui avec ses membres, se regarde le flanc, met pour ainsi dire le nez sur le siège de son mal. Il se couche, se relève, mais s'y prend à trois ou quatre fois avant de se laisser choir sur le sol. Il s'affaisse, fléchit, se redresse, recommence puis tombe enfin en poussant des plaintes. Il se roule d'un côté à l'autre, mais avec l'intention très voulue de prendre la position sur le dos et de la garder. Il se relève, mais ne le fait pas brusquement, il amorce le mouvement en étendant ses antérieurs et en relevant son avant train et reste ainsi dans la position du chien assis, il se redresse ensuite, présente un moment d'accalmie, mange quelques brins de paille ou de foin, puis sent sa litière, rassemble ses quatre pieds, se fléchit et tombe sur le sol. On assiste alors à un réveil des douleurs et ainsi de suite.

Il est à remarquer que le décubitus se produit indifféremment à droite et à gauche. Au début les coliques sont généralement accompagnées d'une sudation chaude, localisée aux parties inférieures du thorax et de l'encolure. Les défécations persistent pendant un temps plus ou moins long. Les contractions intestinales continuent à se produire en aval de la masse obstruante, la portion d'intestin comprise entre celle-ci et l'anus se vide de son

contenu. A ce moment les contractions cessent dans cette portion, l'intestin se rétracte et augmente d'autant la résistance opposée à la progression de la pelote.

Le temps écoulé entre l'apparition des premières coliques et l'arrêt des défécations donne d'ailleurs une indication approximative sur le siège de la pelote, celle-ci est immobilisée en un point d'autant plus éloigné de l'anus que les défécations persistent plus longtemps. L'eau que renferme la pelote est résorbée progressivement, celle-ci se dessèche augmentant d'autant son adhérence à l'intestin qui s'infiltré et s'enflamme. Les coliques augmentent bientôt en intensité, la muqueuse oculaire normale au début, devient pâle ou grisâtre souvent subictérique, le malade présente un facies de plus en plus triste, les naseaux sont crispés la bouche devient pâteuse, la langue chargée, grisâtre ou noirâtre, l'haleine de fade devient fétide. L'animal refuse tout aliment, seuls les liquides sont encore quelquefois acceptés. Les reins sont raides puis on observe du météorisme par suite de la fermentation naturelle avec production de gaz qui ne peuvent plus s'échapper. Le météorisme est toujours tardif ; c'est un signe très fâcheux. Les flancs sont soulevés et sonores à la percussion, le diaphragme est refoulé en avant, gênant ainsi la respiration, le pouls est lent, l'artère petite, peu résistante, la température s'élève rarement au dessus de 38° 5. La miction s'opère normalement.

A l'auscultation on perçoit quelques gargouillements, des bruits de gouttelettes, mais les borborygmes ont disparu complètement. L'exploration rectale donne des ré-

sultats variables. Le plus souvent le rectum est vide et le bras sort recouvert de fausses membranes ou de mucus coagulé. Cet élément symptomatique, bien connu de tous les cliniciens, a été désigné par Roger sous le nom de « *signe du bras* » ; ce signe, constant dans les obstructions intestinales, n'apparaît d'ailleurs le plus souvent que 6 à 10 heures après le début des coliques. Dans ce cas on peut quelquefois en poussant le bras plus avant arriver directement sur la pelote, la saisir et l'extraire. Parfois on ne peut la sentir qu'à travers les parois intestinales et on a la sensation d'une masse dure généralement de la grosseur de deux poings, mais que les doigts peuvent plus ou moins aplatir ; d'autrefois, enfin, il est impossible de sentir la pelote. Dans les cas plus heureux où l'obstruction se trouve dans le rectum, la main arrive directement sur la pelote ; la symptomatologie décrite ci-dessus est d'ailleurs dans ce cas très atténuée, le caractère dominant étant la violence des efforts expulsifs (ténésme).

Terminaison. — Les signes précédents peuvent durer quelques heures sans modifications appréciables, puis s'atténuer et disparaître brusquement. La terminaison heureuse est en effet quelquefois observée. L'intestin reprend sa contractilité, les borborygmes reparaissent, la pelote cesse d'être immobilisée, reprend sa marche interrompue et est évacuée au bout de quelque temps. Tout rentre dans l'ordre. Cette terminaison heureuse peut se produire dans la première journée, plus rarement dans la seconde.

Si malgré tout les coliques persistent, les symptômes s'aggravent, le météorisme augmente, la souffrance devient intense, les naseaux sont de plus en plus crispés, la respiration devient très difficile, le pouls est faible, mou et irrégulier, les muqueuses sont rouge-violacé, une sueur froide profuse apparaît et la mort survient rapidement.

On a signalé des cas de mort au bout de 4, 5 et 6 jours. Cette longue durée ne peut s'appliquer qu'aux cas d'obstruction des parties terminales du tube digestif ; quand la pelote s'est en effet arrêtée dans les autres portions la mort survient plus rapidement par auto-intoxication.

Des complications peuvent se produire ; parmi celles-ci la plus fréquente est certainement la déchirure de l'intestin au niveau de la pelote qui irrite, distend et gangrène les parois. On a cité des complications de volvulus et de torsion ; nous ne les avons jamais constatées au cours des autopsies que nous avons pratiquées.

Diagnostic. — Le diagnostic d'obstruction est basé sur l'intermittence des coliques, l'absence de défécations et la présence de mucus coagulé sur le bras qui explore le rectum. Nous verrons dans un autre chapitre les signes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel.

Pronostic. — Le pronostic varie avec le siège de l'obstruction. Si celle-ci siège dans le rectum et si l'intervention n'est pas trop tardive, la guérison est la règle ; dans tous les autres cas le pronostic est grave et presque

fatal chez tout cheval qui ne présente pas d'amélioration au bout de 24 à 36 heures.

Lésions. — A l'autopsie le cadavre est très fortement ballonné le rectum est souvent renversé. A l'ouverture l'intestin fait brusquement irruption au dehors, il renferme plus ou moins de matières. L'œil est presque aussitôt attiré par un ou plusieurs renflements constitués par la ou les pelotes stercorales. Celles-ci sont coincées dans le coin d'intestin qu'elles occupent ; en aval l'intestin est vide et contracté, enclavant les pelotes, ce qui explique la gravité de l'accident. En amont l'intestin est plus ou moins distendu par les gaz. Au niveau des pelotes il apparaît rouge, infiltré ou noirâtre. A l'incision on le trouve étroitement appliqué sur les pelotes. Celles-ci sont recouvertes d'un enduit muqueux parfois sanguinolent. La paroi intestinale ischémisée par la compression excentrique qu'exerce sur elle la masse stercorale présente des plaques de mortification plus ou moins étendues confluent parfois en larges îlots de gangrène, au niveau desquelles la muqueuse est blanchâtre ou gris verdâtre, ramollie et friable. On peut même constater la rupture complète des tuniques muqueuse et musculaire, et la chute de la pelote dans la cavité abdominale.

La pelote elle-même est généralement ovoïde, moulée sur l'organe où elle s'est immobilisée, elle est dure, desséchée par suite de la résorption des liquides ; elle est composée de matières mal digérées et feutrées.

Nous avons rencontré plusieurs fois un colon flottant ayant l'aspect d'un chapelet d'énormes marrons. On peut

enfin observer les lésions des complications survenues au cours de l'affection, volvulus, invagination, mais surtout de la péritonite par perforation de l'intestin ou par inflammation de voisinage.

CHAPITRE III

Obstruction intestinale par aegagropiles.

Les aegagropiles sont des agglomérations de matières végétales ou animales qui se forment dans le tube digestif. Ils ne sont pas spéciaux au cheval, on les rencontre dans nombre d'espèces animales, notamment chez le bœuf, le mouton et le chien.

Ceux du cheval sont composés de poils végétaux qui entourent certaines graines ou certaines fleurs, notamment celles du *Trifolium incarnatum* ; de fibres ligneuses résistant à l'action des sucs digestifs : enfin de poils animaux ingérés au cours du léchage.

De ces trois éléments consécutifs, poil végétal, fibre ligneuse et poil animal, ce dernier est certainement le plus commun. En effet dans notre clientèle où le *trifolium incarnatum* et l'*Ulex europæus* constituent deux facteurs importants de l'alimentation du cheval l'aegagropile constitue une rareté. Par contre au cours de la Campagne 1914-1918 ; nous en avons rencontré très souvent.

C'est que pendant les opérations de la grande guerre le ravitaillement en fourrage et engrains fut parfois difficile et à certaines périodes on fut obligé de réduire le

volume de la ration. Or le cheval a besoin de lest, si on ne lui en donne pas, il le cherche. Aussi n'était-il pas rare de voir les chevaux manger un peu de tout ce qui était à leur portée ; branches d'arbres, bois menuisé ou non, sable, scories, morceaux de charbon etc...

D'un autre côté il n'était pas possible au cours des actions engagées de donner tous les soins voulus au panning, d'où des démangeaisons et surtout l'apparition des diverses maladies de peau et en particulier de la gale. La peau étant le siège d'un prurit plus ou moins intense, les chevaux se frottaient, se grattaient, se mordaient, se léchaient, et ce faisant avalaient des poils à demi détachés particulièrement à l'époque de la mue. Enfin pendant la saison froide et à défaut d'abris on avait l'habitude de serrer les chevaux les uns contre les autres. Ne pouvant se coucher, beaucoup passaient leur temps à s'entrelécher et ainsi avalaient des poils.

Quoiqu'il en soit ces éléments non digestibles arrivant dans l'intestin en grande quantité, peuvent sous l'influence des contractions de cet organe, se fixer sur un corps étranger, se pelotonner, se feutrer et former une masse qui s'accroît peu à peu tous les jours par suite d'apports nouveaux, s'entoure de sels calcaires et magnésiens, surtout chez les chevaux atteints de catarrhe intestinal, et constitue l'aegagropile. Celui-ci siège en des points variables, mais il s'arrête généralement dans la courbure diaphragmatique ou pelvienne du colon replié ou à l'origine du colon flottant.

Symptômes. — Tant qu'il n'a qu'un petit volume, il ne

gène pas la circulation des matières alimentaires et ne détermine généralement pas d'accidents. Ce n'est que lorsqu'il a un développement suffisant pour obstruer complètement la lumière du canal intestinal que nous assistons à toute la symptomatologie des obstructions par pelotes stercorales avec cette caractéristique que le ballonnement est plus précoce et les efforts expulsifs plus fréquents. L'exploration rectale ne permet le plus souvent que de constater la vacuité du rectum. Il est rare que la main arrive à sentir l'aegagropile même au travers des parois intestinales.

Diagnostic. — Le diagnostic est basé sur les mêmes considérations que pour les pelotes stercorales mais le diagnostic différentiel est très délicat et ne peut guère être porté avec exactitude que si le malade a expulsé des aegagropiles antérieurement.

Lésions. — A l'autopsie on constate les mêmes lésions que dans l'obstruction par pelotes stercorales et les mêmes complications. A l'ouverture le regard est attiré par un ou plusieurs renflements plus ou moins volumineux dans lesquels se trouve un aegagropile. Celui-ci est généralement sphérique ou ovoïde plus rarement polyédrique et a l'aspect d'un gros crottin. Très léger lorsque les poils en constituent l'élément dominant, plus lourd lorsque la proportion de sels calcaires et magnésiens est plus importante son poids varie de quelques grammes à deux kilogs cinq cents.

Leur nombre est variable.

Sur une coupe équatoriale, l'aegagropile paraît cons-

titué par un centre dans lequel on reconnaît un corps étranger, caillou, morceau de charbon, etc., centre d'attraction et tout autour des stries concentriques d'une couleur amadou constituées par des poils végétaux, des fibres ligneuses mais plus souvent par des poils animaux. La couche externe est souvent constituée par une croûte lisse et dure composée de sels calcaires et magnésiens. Quelquefois quand l'aegagropile s'est édifié en plusieurs temps, on trouve à l'intérieur d'autres couches de concrétions minérales plus ou moins régulièrement concentriques.

CHAPITRE IV

Obstruction intestinale par calculs.

On désigne ainsi l'oblitération de la lumière du canal intestinal par un corps anormal et pathologique prenant naissance dans l'appareil digestif, comme l'aegagropile, mais du à la précipitation de matières minérales autour d'un noyau quelconque. « C'est une pierre qui n'a pas été ingérée mais qui s'est formée dans l'intestin » (Docteur Roger: Les coliques du cheval).

Sur une coupe le calcul, ou entérolithe, présente un noyau central constitué par un corps étranger, caillou, scorie, morceau de charbon, grains d'orge ou d'avoine et tout autour des stries concentriques que l'analyse chimique révèle comme étant uniquement composées de phosphates ammoniaco-magnésiens et de sels calcaires.

L'étiologie est encore incertaine. Chez le cheval, les phosphates s'éliminent par la voie intestinale, ils se combinent avec l'ammoniaque pour former un phosphate ammoniaco-magnésien. Or tous les chevaux ont dans leur intestin tous les éléments constitutifs des calculs. Magnésie et acide phosphorique se trouvent dans tous les éléments constituant la ration journalière. L'ammonia-

que existe normalement dans l'intestin et résulte de la fermentation des matières excrémentitielles ou de la décomposition des matières azotées.

Quant aux corps étrangers il n'est pas de cheval dont l'intestin n'en renferme pas. Cependant tous les chevaux ne sont pas porteurs de calculs. Par quel mécanisme ces sels arrivent-ils à se fixer sur les corps étrangers ?

On a invoqué l'action des microbes. On en trouve en effet dans les calculs, mais ils sont englobés au cours du processus qui aboutit à la formation des calculs. Il semble plutôt qu'il faille, avec le docteur Roger invoquer une « altération de la muqueuse intestinale déterminant un catarrhe lithogène avec production de mucus. Ce mucus formant le ciment nécessaire pour unir le corps étranger et les sels minéraux. La présence de ce mucus est d'ailleurs décelée par la calcination. Au cours de celle-ci il se dégage une odeur empyreumatique caractéristique. Une fois le phénomène amorcé il se poursuit tant que dure le catarrhe lithogène ».

Il serait donc nécessaire d'avoir à l'origine une affection particulière de l'intestin, c'est ce qui expliquerait que tous les chevaux ne sont pas porteurs de calculs alors que leur tube digestif en renferme tous les éléments constitutifs. Etant donné l'incertitude qui préside à la formation des entérolithes, il n'est pas possible de fixer une durée à leur évolution. Des constatations faites par divers auteurs notamment par Furstenberg, Colin, il paraît résulter que cette édification peut être relativement rapide.

Ils prennent uniquement naissance dans le gros colon,

mais sous l'influence de certaines conditions, ils émigrent. Les purgatifs, le régime du vert en écouvillonnant l'intestin favorisent éminemment leur déplacement. S'ils sont de petit volume ils suivent le flux intestinal et sont expulsés avec les excréments sans déterminer aucun trouble ; mais s'ils ont acquis un volume suffisant, ils peuvent être arrêtés à la faveur d'une diminution de calibre de la voie intestinale et particulièrement au niveau de la courbure pelvienne du gros colon, l'extrémité de celui-ci et enfin le colon flottant.

Sous la poussée alimentaire et sous l'influence des contractions intestinales, le calcul fonce sur l'obstacle, s'y engage en partie, peut faire retour en arrière, s'engage à nouveau dans la portion rétrécie qu'il franchit. Pendant cette période on a des symptômes assez vagues, le cheval présente de l'inquiétude, cesse brusquement de manger et extériorise des douleurs peu intenses.

Mais le calcul par son excès de volume peut s'immobiliser en ce point rétréci, faire pression sur les parois intestinales qu'il distend et prédispose à une gangrène rapide. Nous assistons alors à la symptomatologie générale des obstructions intestinales : défécations nulles à partir du moment où la portion d'intestin comprise entre l'obstacle et l'anus est vide de son contenu ; météorisme plus ou moins accusé, coliques généralement très violentes. L'animal a une préférence marquée à se tenir couché sur un côté alors que dans l'obstruction par pelotes il se couche indifféremment sur un côté et sur l'autre.

Le toucher rectal peut donner des indications très nettes et très précises il permet parfois de toucher l'obsta-

cle d'une consistance pierreuse très particulière, soit directement, soit à travers les parois intestinales. L'évolution est plus ou moins rapide suivant les cas ; parfois les coliques durent plusieurs semaines avec des rémittences. La mort inévitable survient généralement après une série de coliques continues de 36 à 48 heures.

Les complications de rupture intestinale avec chute du calcul dans la cavité abdominale sont fréquentes étant donné la masse et le poids de l'obstacle. En effet ces entérolithes peuvent tout en ne constituant pas un arrêt du cours alimentaire n'agir que par leur masse ; appuyant fortement sur la paroi intestinale celle-ci s'amincit, s'atrophie, perd de sa consistance et a un moment donné l'intestin cède sous le poids du calcul qui tombe dans la cavité abdominale. Le hasard procède souvent à cet accident qui survient par exemple à la suite d'un effort violent réalisé en bondissant ou en ruant. A l'autopsie on trouve soit dans la lumière du canal intestinal, soit dans le péritoine s'il y a eu perforation un ou plusieurs calculs de volume variable.

Les entérolithes ont une apparence pierreuse ; ils sont en général plutôt clairs au moment de l'autopsie mais brunissent à l'air. Ils sont sphériques, muriformes par suite de l'agglomération, de la soudure de nombreux petits calculs, indépendants à l'origine ; d'autres sont pyramidaux, polygonaux, à arêtes généralement émoussées et présentant des facettes par suite de l'usure due au frottement des uns contre les autres.

CHAPITRE V

Obstruction intestinale par *ascaris* pelotonnés

De tous les parasites qui habitent l'intestin du cheval, l'*ascaris mégalocéphala* est un des plus communs et des plus grands. Il peut atteindre 30 et 40 centimètres de longueur. Ces parasites existent quelquefois en nombre considérable et leur présence dans l'intestin ne va pas sans causer des troubles importants : troubles fonctionnels, troubles inflammatoires, spasmes, crises épileptoïdes, anémie, perforations et assez fréquemment des obstructions, la lumière du canal intestinal étant obstruée par des paquets d'*ascaris* formés d'une sorte d'agglutination des parasites.

Ceux-ci siègent surtout dans la région duodénale où ils déterminent fréquemment des dilatations plus ou moins prononcées ; mais on en trouve dans d'autres parties de l'intestin. Ils ont tendance à coloniser en un point déterminé et ne semblent pas se déplacer volontiers. « D'ailleurs, lorsqu'ils quittent leur lieu d'élection, ils meurent facilement (Professeur LABAT).

Ces vers deviennent très dangereux quand ils se réu-

missent en paquets et ils peuvent alors provoquer une obstruction de la lumière du canal intestinal et même une rupture des parois.

Les symptômes habituels de l'obstruction intestinale sont alors observés, les coliques ne sont généralement pas violentes.

Les délécations sont nulles et le toucher rectal ne donne aucun renseignement intéressant, sauf dans le cas exceptionnel où l'on a la chance de ramener des paquets de parasites au cours de l'exploration rectale.

Le pronostic est souvent grave.

M. le Professeur CADEAC rapporte que « chaque année de nombreux chevaux en souffrent et en meurent. Plusieurs fois nous avons vu des écuries décimées par leurs atteintes et les troubles consécutifs qu'ils déterminent ; maintes fois nous avons été témoins de leurs ravages et de notre impuissance à les détruire ».

Nous estimions néanmoins que cette forme d'obstruction est moins grave que les trois autres précédemment décrites. Car nous avons affaire à une masse obstruante composée par la réunion d'êtres vivants, animés de mouvements propres et dont la dissociation peut de ce fait être plus facilement obtenue.

Nous pensons que ces parasites jouent un rôle très important dans l'étiologie des coliques par obstruction et que beaucoup de celles-ci cédant facilement à un traitement symptomatique sont dues à la présence dans l'intestin de ces hôtes indésirables.

CHAPITRE VI

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic d'obstruction intestinale est relativement facile, il sera basé sur les points cardinaux suivants :

- 1° Caractère nettement intermittent des coliques.
- 2° Arrêt des évacuations intestinales.
- 3° Météorisme tardif.
- 4° Absence de signes d'auto-intoxication rapide.
- 5° A la suite de la fouille rectale le bras sort recouvert de mucus-coagulé d'apparence pseudo-membraneuse.

Par contre le diagnostic différentiel des quatre formes précédemment décrites d'obstruction intestinale est excessivement délicat, et si l'exploration rectale n'a pas donné de renseignements précis on a plutôt une probabilité qu'une certitude.

L'obstruction par aegagropile ne pourra être diagnostiquée avec certitude que si l'animal a expulsé antérieurement des aegagropiles. L'obstruction par ascaris pelotonnés sera diagnostiquée en se basant sur les commémoratifs, et sur l'examen coprologique.

Enfin dans l'obstruction par pelotes le cheval se couche indifféremment sur un côté et sur l'autre tandis que dans la calculose il a une préférence marquée à se coucher sur le même côté.

CHAPITRE VII

Thérapeutique générale des obstructions intestinales

Nous nous proposons d'envisager le traitement prophylactique des obstructions intestinales et le traitement curatif.

Prophylaxie. — Etant donné l'imprécision étiologique de la calculose, aucune règle prophylactique précise ne peut-être établie. Il n'en est plus de même en ce qui concerne les pelotes stercorales, les aegagropiles et les ascaris. A cet égard il devient relativement facile, en s'en tenant à l'étiologie classique, sinon d'éviter complètement les accidents qu'ils déterminent, du moins d'en diminuer la fréquence.

Il ne faudrait pas cependant faire abstraction totale de la prédisposition individuelle. Malheureusement dans une clientèle rurale dont l'effectif chevalin est soumis à un renouvellement très fréquent et où la question économique joue un rôle considérable, il n'est pas possible de lui accorder tout l'intérêt qu'elle mérite.

La dentition quelque soit l'âge du cheval doit être

surveillée attentivement. Chaque fois que les gestes de la mastication sont lents ou douloureux, que l'animal laisse tomber en partie les aliments sous forme de bols rudimentaires, l'examen des dents s'impose. Il importe d'extraire celles qui sont cariées ou ébranlées et de faire disparaître par un râpage, les aspérités les pointes de celles qui blessent les joues. Il est rare qu'après ces opérations, les gestes de la mastication ne redeviennent pas normaux au bout de 2 ou 3 jours.

L'alimentation fera l'objet d'un choix judicieux, les aliments de mauvaise qualité, ceux dont la digestion serait pour l'intestin une cause de fatigue, de sénilité précoce, seront proscrits. On ne distribuera ni ration trop copieuse ni ration de famine. Les repas seront convenablement réglés et donnés à des heures régulières. Les transitions brusques seront évitées au moment de la mise au vert.

Beaucoup de chevaux ingèrent leur repas avec une rapidité excessive par crainte d'être frustrés par leurs voisins d'écurie : il y a souvent intérêt à isoler ces chevaux par une cloison empêchant les voisins de leur dérober une partie de la ration.

Les animaux atteints de pica subiront un traitement *ad hoc* et seront isolés pour éviter la propagation de l'affection aux autres chevaux par esprit d'imitation.

La stabulation prolongée sera évitée. Il est à remarquer que les chevaux se portent d'autant mieux qu'ils sont soumis à un travail régulier et journalier.

Tous les soins voulus seront accordés au pajsage L'habitude vicieuse que constitue le léchage sera corrigée soit

en attachant le cheval avec deux longues, soit en disposant un surfaix muni latéralement d'une boucle dans laquelle on fixera une extrémité d'un bâton, l'autre extrémité étant fixée au licol. Enfin l'ascaridiose intestinale, une fois constatée ne doit pas être négligée. On s'efforcera de déterminer la mort des parasites d'abord à l'aide d'un anthelminthique, leur expulsion ensuite à l'aide d'un purgatif. Malheureusement, il faut bien reconnaître que le traitement mathématiquement efficace de l'ascaridiose intestinale, est encore à mettre au point.

Traitement curatif. — Celui-ci a pour but l'expulsion de la masse obstruante avec pour conséquence le rétablissement des évacuations fécales. Les moyens employés pour arriver à ce résultat sont d'ordre *mécanique*, d'ordre *médical* et d'ordre *chirurgical*. Mais avant de les mettre en œuvre, nous recommandons de prendre les mesures suivantes :

a) Couvrir le malade et pratiquer un enveloppement de l'abdomen de façon à éviter les refroidissements consécutifs à une sudation plus ou moins abondante, la chaleur exercera aussi une action sédative à l'égard des douleurs abdominales.

b) Disposer une litière très épaisse pour éviter les accidents dus aux chutes sur le sol et les excoriations pendant les crises.

c) Laisser le cheval en liberté lorsque le local le permet.

d) Lorsque le vétérinaire est appelé, il peut se trouver en présence d'un cheval très ballonné. La tympanite

peut même devenir une menace d'asphyxie rapide. Il est nécessaire de pratiquer dans le flanc droit une ponction du caecum de façon à libérer une partie des gaz dus aux fermentations intestinales. Cette ponction peut aussi se pratiquer en introduisant dans le rectum le bras armé d'un trocart à saignée. Mais nous préférons de beaucoup le premier procédé.

e) Si le cheval manifeste une douleur intense, il devient nécessaire de la calmer. Etant donné la difficulté que l'on éprouve à faire absorber un breuvage quelconque à un cheval atteint de coliques, nous pratiquons une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine de beaucoup préférable à l'administration, per os, de la teinture d'opium. Nous employons la solution suivante.

Chlorhydrate de morphine Ogr vingt cinq centigr.

Eau distillée 10 gr.

Cette injection peut-être répétée sans inconvénient plusieurs fois, la dose toxique variant de trois à cinq grammes suivant la taille des sujets.

Ces mesures préalables étant prises, nous pouvons alors employer les divers moyens énoncés plus haut.

1° **Moyens mécaniques.** — En pratiquant la fouille rectale, la main peut arriver directement sur le corps obstruant. Il s'agit en opérant avec une grande prudence pour éviter la déchirure de la paroi intestinale très fragile à cet endroit, d'introduire la main entre celle-ci et le corps obstruant, de l'amener en arrière de celui-ci et en tirant légèrement à soi de l'expulser au dehors. Cette manœuvre ne peut que rarement être effectuée car l'intestin

se trouve étroitement collé sur l'obstacle et il est le plus souvent impossible de passer la main entre le contenant et le contenu.

Si l'on se trouve en présence d'une pelote stercorale il faut alors essayer de la fragmenter au moyen des doigts ou mieux d'une érigne à pointe mousse et d'amener les fragments au dehors. Dans le cas d'aegagropile on essaiera d'introduire un tire-bouchon dans la masse et on tirera doucement à soi.

Si l'on a affaire à un calcul il faut essayer de le désenchatonner, de le pousser en avant de façon à ce qu'une contraction intestinale plus énergique arrive à lui faire franchir le passage rétréci. Les lavements mucilagineux ou huileux favorisent grandement ces manœuvres, que d'ailleurs on n'a que très rarement l'occasion de pouvoir pratiquer.

Si la main ne peut arriver directement sur le corps obstruant, mais seulement le sentir au milieu des anses intestinales, il faudra essayer de l'aplatir, de l'allonger, s'il est malléable, ou de le faire avancer dans le canal intestinal en exerçant une pression légère mais continue en amont. Dans l'immense majorité des cas, ce taxis interne n'est pas utilisable, la masse obstruante étant hors de la portée de la main exploratrice.

2° Moyens médicaux. — En utilisant ceux-ci on cherche à réveiller les contractions intestinales, à augmenter leur intensité ou bien à ramollir, à désagréger le corps obstruant ou bien encore à lubrifier le conduit intestinal. Pour réveiller les contractions intestinales, les injections

hypodermiques de pilocarpine, d'ésérine et de strychnine peuvent être employées aux doses suivantes :

Azotate de pilocarpine	0 gr. dix centigrammes
Eau distillée.....	10 gr.
Sulfate d'ésérine	0 gr. cinq centigram.
Eau distillée.....	10 gr.
Sulfate de strychnine.	0 gr. cinq centigram.
Eau distillée.....	10 gr.

Ces deux dernières substances ne sont guère à conseiller : le résultat le plus clair, généralement obtenu, étant une exacerbation très marquée des coliques.

Le chlorure de baryum, en injections intra-veineuses ne peut être utilisé qu'au début d'une obstruction, car étant donné l'excitation générale qu'il produit et la violence des efforts expulsifs qu'il détermine, on aboutit presque fatalement à une déchirure intestinale au niveau de la masse obstruante si l'obstruction remonte à une dizaine d'heures. On ne peut l'utiliser avec avantage que tant que l'intestin n'a pas perdu de son intégrité.

Pour lubrifier le conduit intestinal, le sulfate de magnésie et particulièrement le sulfate de soude qui est en même temps un excellent agent de la motricité intestinale donnent de bons résultats à la dose de 500 grammes.

Les émoullients et les mucilagineux en particulier la décoction de graine de lin, de même que l'huile d'olives et l'eau froide en lavements sont à recommander.

Monsieur le Professeur CADEAC dit que « l'on peut utiliser partout l'entéroclisme de la manière suivante : un récipient d'une capacité de 8 à 10 litres est suspendu par une anse à trois mètres au moins plus haut que la

croupe de l'animal ; un tube en caoutchouc introduit dans le rectum assure la pénétration du liquide. Ces irrigations favorisent l'expulsion des matières fécales renfermées dans les derniers réservoirs ».

Moyens chirurgicaux. — Ceux-ci consistent dans l'ouverture du flanc, la recherche du corps obstruant, l'incision de la paroi intestinale à son niveau et son extraction. Cette opération ne peut être recommandée dans la pratique courante en clientèle rurale. Les moyens de fortune dont dispose le praticien ne lui permettent pas de tenter cette opération, abstraction faite de la grande habileté qu'elle nécessite. Il faut encore ajouter que l'opération fut-elle conduite avec toutes les précautions d'asepsie requises, on ne pourrait y recourir que si on connaissait exactement le siège de l'obstruction ce qui est l'exception.

Enfin nul n'ignore quel péril fait encourir à la suture opératoire de la paroi abdominale, le poids considérable de la masse des viscères digestifs. Pour toutes ces raisons les indications de la laparotomie en pareille circonstance sont purement théoriques, et la cure chirurgicale n'a aucune chance de succès.

CHAPITRE VIII

Traitement des obstructions intestinales par l'entéroclisme.

Les moyens chirurgicaux n'étant pas du domaine de la pratique courante, en clientèle rurale ; les moyens mécaniques et médicaux cités au chapitre précédent sont seuls mis en œuvre et donnent des résultats plus ou moins heureux.

L'entéroclisme ou grand lavement sous pression que nous utilisons souvent mais avec une technique très différente de celle indiquée par M. le Professeur CADEAC nous semble être le traitement de choix.

A cet égard d'ailleurs nous devons rendre hommage à nos confrères FORGEOT et BELLEC qui furent nos précurseurs.

Tel que nous le pratiquons, l'entéroclisme se résume en l'introduction dans l'intestin par voie rectale d'une quantité d'eau savonneuse, tiède, variant de 20 à 30 litres suivant la taille des sujets, introduction faite au moyen d'une pompe à main aspirante et foulante et maintenue en place pendant trois heures par une suture en blague à tabac de l'anus. La technique en est très simple et l'opé-

ration peut être pratiquée avec les seuls moyens de fortune dont on dispose dans la campagne.

Les instruments nécessaires sont : une aiguille à bourdonnets, une pince à dents de souris et une pompe portative aspirante et foulante dont le tuyau d'écoulement est muni d'un fort tube de caoutchouc toilé de 15 millimètres de diamètre et de 1 mètre 50 centimètres de longueur environ.

Premier Temps. — Le premier temps de l'opération consiste dans l'abatage du cheval. — C'est la partie la plus délicate de l'opération étant donné l'inexpérience des aides et les conditions défectueuses dans lesquelles on opère, particulièrement la nuit.

Nous employons le procédé classique que tout le monde pratique quotidiennement. Une fois le cheval abattu (à cet égard il n'y a aucune préférence à coucher le cheval sur un côté plutôt que sur l'autre) nous portons le membre postérieur, du plan supérieur, sur le membre antérieur correspondant et nous le fixons au dessus du genou, comme pour l'opération du clou de rue, et cela dans le but d'éviter une voussure en contre-haut de la colonne vertébrale, voussure pouvant s'accompagner d'une fracture du rachis, mais surtout pour diminuer l'intensité des efforts expulsifs au cours de l'introduction du lavement.

Deuxième Temps. — Le deuxième temps comporte la suture en blague à tabac de l'anüs. Pour cela on se sert d'une aiguille à bourdonnets, d'une pince à dents de sou-

ris et d'un fort cordonnet de soie ou d'une ligature blanche en fil de lin. Il nous est même arrivé d'utiliser un lacet de soulier neuf que l'on trouve toujours sur place.

Avec la pince tenue de la main gauche, on saisit un lambeau de la peau anale et avec l'aiguille à bourdonnets tenue de la main droite on traverse le lambeau ainsi délimité. On passe une extrémité du cordonnet dans le chas de l'aiguille et on tire à soi. On recommence cette opération de façon à obtenir quatre points de suture à l'extrémité de deux diamètres perpendiculaires. Les deux extrémités du cordonnet sont laissées libres de façon à pouvoir coulisser au moment voulu.

Troisième Temps. — Le troisième temps consiste dans l'introduction du tube de caoutchouc (adapté au tnyau d'écoulement de la pompe) dans l'anus et ensuite dans l'introduction du lavement. Nous enfonçons le tube de vingt centimètres environ et à ce moment nous tirons fortement sur les deux extrémités du cordonnet pour faire coller étroitement l'anus sur le caoutchouc. Nous ne faisons qu'un nœud simple, nos mains exerçant une traction soutenue sur les deux extrémités du cordonnet pendant toute l'opération.

Le corps de pompe plonge dans une solution d'eau savonneuse tiède que l'on a préalablement soumise à l'ébullition. Un aide actionne la pompe. La solution passe dans le rectum et de là file dans l'intestin. La quantité d'eau savonneuse à introduire varie entre vingt et trente litres. Il est nécessaire d'exercer une traction soutenue et

énergique sur les deux extrémités du cordonnet afin d'éviter la déperdition de liquide au cours des violents efforts expulsifs auxquels se livre l'animal pendant l'opération. Lorsque l'on juge suffisante la quantité d'eau introduite on retire le caoutchouc de l'anús et l'on fait un double nœud. aucune goutte de liquide ne s'échappe.

Quatrième Temps. — Le quatrième temps comporte le relever du cheval et un moment de promenade précédée d'une injection de 10 centigr. de pilocarpine. Au cours de cette promenade l'animal se livre à quelques efforts expulsifs, cherche parfois à se coucher, mais en général manifeste une douleur de moins en moins forte, qui disparaît peu à peu et il arrive souvent qu'il cherche à brouter l'herbe du chemin.

Au début de cette promenade l'allure spontanée est rapide, mais elle devient bientôt plus lente, c'est d'ailleurs là un signe très favorable. Au bout de deux ou trois heures on libère l'anús en introduisant la pointe d'un bistouri ou des ciseaux entre deux points de suture et en sectionnant le cordonnet. Puis on rentre le malade dans l'écurie où l'on a fait préparer une bonne litière. Généralement à peine rentré il se couche, somnole, puis présente parfois des coliques plus ou moins vives qui s'atténuent et disparaissent rapidement. Il se relève, sa physionomie est éveillée, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, regarde le ratelier, cherche à manger sa litière, les borborygmes reparaissent et les évacuations alvines reprennent leur cours au bout d'un laps de temps variant entre 5 et 18 heures. Nous avons observé que les premières évacua-

tions sont toujours composées de matières excrémentielles très ramollies et fragmentées. Le cheval est alors maintenu à la diète pendant 24 heures ; seuls, les liquides tièdes sont donnés à volonté. Au bout de ce jeûne on institue un régime de barbotages farineux pendant un jour ou deux et enfin la reprise progressive du régime normal.

Mode d'action de l'entéroclisme. — L'action qu'exerce ce grand lavement est facile à expliquer. L'eau introduite ne pouvant faire retour en arrière puisque l'anus est suturé, exerce une pression continue sur le corps obstruant et le chasse en avant, comme nous avons eu l'occasion de le constater au cours de l'observation n° IX, que nous rapportons plus loin. De plus cette solution savonneuse lubrifie la muqueuse intestinale et favorise le réveil des contractions.

Le corps obstruant ayant quitté la portion où il s'était immobilisé, chassé en avant, baigne dans l'eau savonneuse ; s'il est constitué par une pelote, celle-ci s'imprègne d'eau, se ramollit, se désagrège et peut alors franchir sans encombre la portion d'intestin où elle s'était arrêtée.

Si le corps obstruant est constitué par un paquet d'ascaris, celui-ci est désagrégé par le liquide, les parasites meurent pour la plupart et suivent le flux intestinal.

Dans le cas d'aegagropile ou de calcul, ceux-ci seront chassés en avant, tout comme les pelotes, ils pourront alors à la faveur de contractions intestinales plus énergiques franchir le point où ils s'étaient arrêtés, d'autant

mieux que cette région est maintenant lubrifiée. Il est évident que si leur volume est énorme, nous n'obtiendrons aucun résultat.

La constitution de l'intestin du cheval qui peut dans son colon replié et son caecum recueillir des quantités considérables de liquide, explique la possibilité de cette intervention, en apparence étrange.

Nous avons dit qu'au cours de la promenade à laquelle on soumet le malade, de même qu'une fois rentré à l'écurie, celui-ci présente quelquefois des coliques plus ou moins intenses. Celles-ci sont dues au désenchatonnement de la masse obstruante puis aux fluctuations qu'elle subit ensuite et qui viennent la faire buter à nouveau à son point primitif d'immobilisation et enfin au franchissement définitif de celui-ci pour suivre alors le flux intestinal.

On trouvera sans doute, que la promenade imposée à l'animal malade a un caractère de brutalité qui devrait la faire rejeter, comme depuis longtemps déjà, les vétérinaires ont proscrit la barbare coutume léguée par la tradition hippiâtrique, de promener les animaux atteints d'indigestion. Force nous est cependant de reconnaître que, dans le cas qui est examiné ici, l'observation clinique nous a montré que cette marche forcée est un complément sinon indispensable, du moins très utile de la médication ci-dessus décrite, et que d'autre part, elle ne nous a jamais paru augmenter les souffrances du malade.

CHAPITRE IX

Observations personnelles.

OBSERVATION I

Nous sommes appelés le 2 Juin 1921 à 16 heures auprès d'un poulain faisant le jet de trois ans. Ce poulain a des coliques intermittentes depuis la veille au soir, coliques légères jusqu'au 2 au matin, et que le propriétaire a voulu traiter lui-même en administrant 500 grammes de sulfate de soude, puis un mélange de un demi litre de vin blanc et un demi litre d'huile d'olives, en donnant quelques lavements de décoction de graine de lin et en contraignant le malade à marcher chaque fois qu'il présentait une crise. Depuis le milieu de la nuit précédente aucune évacuation de crottins ne s'est produite. Nous procédons à l'examen de l'animal. La muqueuse oculaire est pâle, la bouche sèche ; l'auscultation ne décèle aucun borborygme, le silence est complet dans la cavité abdominale. Le cheval se regarde fréquemment le flanc, pas de météorisme, pas de signes d'auto-intoxication. L'exploration rectale nous permet de constater la vacuité des portions terminales de l'intestin, les doigts arrivent avec peine, sur la ligne médiane, sur une masse dure dont nous ne pouvons préciser exactement ni le siège, ni la nature. Le bras

sort recouvert de fausses membranes. Les coliques ont un caractère intermittent sans crises dramatiques.

Nous portons le diagnostic d'obstruction intestinale sans préciser davantage et faisons une injection hypodermique de 10 centigrammes de pilocarpine et de 50 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Nous ordonnons des lavements fréquents et abondants d'eau froide et recommandons au propriétaire de nous tenir au courant.

A 20 heures nous recevons la visite du propriétaire de l'animal qui nous annonce que son cheval a été très calme pendant les deux heures qui ont suivi notre départ (calme que nous attribuons à l'action de la morphine) mais que maintenant « il n'a plus de position » autrement dit qu'il a des coliques violentes, continues, qui l'empêchent de tenir plus d'un instant à la même place « et qu'il va sûrement mourir. »

Revenu auprès du malade nous constatons qu'en effet son état a considérablement empiré. La muqueuse oculaire est grisâtre, le faciès grippé, la respiration courte, les reins raidés ; pas de météorisme, les coliques sont violentes et presque continues. Etant donné l'état général franchement mauvais et l'arrêt depuis minuit des défécations, nous émettons un pronostic très grave et proposons à notre client de tenter l'entéroclisme qui seul nous donnera peut-être un résultat, faisant d'ailleurs toutes réserves à ce sujet, car, c'est notre première tentative. A vingt et une heures, à la lueur de bougies, nous couchons notre malade sur un lit de paille disposé dans la cour de la ferme et lui introduisons suivant la technique précédemment exposée 25 litres d'eau savonneuse tiède dans le rectum. L'opération se passe sans incident, nous relevons le cheval, nous faisons une injection sous-cutanée de

pilocarpine et le soumettons à une promenade ininterrompue de deux heures.

Au cours de celle-ci, il a présenté de violents efforts expulsifs et à diverses reprises on a dû l'empêcher de se cou cher pour se rouler. A minuit, nous libérons l'an us, il sort environ 1 litre de liquide, et nous faisons rentrer le cheval dans son écurie. Il se couche sur une épaisse litière, nous le recouvrons de paille et restons auprès de lui. Il paraît dormir ; à 3 h. du matin, il présente une légère crise d'une très courte durée. A 5 h. nous le quittons et prions le propriétaire de nous tenir au courant. A 7 h. celui-ci vient nous prévenir que son cheval s'était vidé et cherchait à manger. Nous retournons près de lui dans la matinée et constatons qu'en effet tout est rentré dans l'ordre. Nous ordonnons la diète pendant 24 h. n'autorisant que des breuvages. Les deux jours suivants barbotages de son, puis reprise progressive du régime normal. En Septembre suivant notre malade obtenait un prix au concours d'arrondissement de poulains de trait et n'a plus présenté aucun signe de maladie jusqu'à l'âge de cinq ans, époque à laquelle nous l'avons perdu de vue.

Cette première tentative réalisée dans d'assez mauvaises conditions nous ayant donné un excellent résultat cela nous a incité à persévérer dans cette voie.

OBSERVATION II

Le 25 Mai 1922 à 20 heures nous nous rendons auprès d'un cheval de cinq ans qui a des coliques depuis midi. Le propriétaire a pratiqué une saignée, donné des lavements et bouchonné son cheval, puis l'a empêché de se coucher en le menaçant ou en le frappant avec un fouet à chaque velléité de décubitus.

Les coliques sont intermittentes mais ne présentent pas de caractères très violents. Le cheval se regarde les flancs cherche à se coucher, la muqueuse oculaire est rosée, le faciès n'est pas trop grippé, à l'auscultation on perçoit quelques borborygmes atténués, le rectum est vide, les doigts ne sentent aucune masse obstruante, le bras sort recouvert de mucosités. Aucune évacuation excrémentitielle n'a eu lieu depuis trois ou quatre heures. Le propriétaire nous apprend que ce cheval a quelquefois des coliques passagères et que de temps en temps il expulse des vers dans ses crotins.

En raison de l'intermittence des coliques et de l'arrêt des défécations, nous portons le diagnostic d'obstruction intestinale sans cependant incriminer les ascaris d'une façon exclusive. L'animal ne présentant pas de symptômes alarmants et étant sujet aux coliques, nous instituons un traitement plutôt symptomatique : sulfate de soude 500 grammes, azotate de pilocarpine 10 centigrammes et chlorhydrate de morphine en injection hypodermique, nous ordonnons ensuite des lavements d'eau froide. Le 26 à quatre heures du matin le propriétaire nous fait dire que son cheval ne se « vide toujours pas » mais que les coliques persistent et augmentent plutôt d'intensité.

Nous nous rendons à nouveau auprès de lui. Les coliques sont en effet plus violentes, le cheval se couche plus fréquemment, se met sur le dos et conserve assez longtemps cette position. La muqueuse oculaire est pâle, les borborygmes ont complètement disparu, l'exploration rectale ne nous donne aucun nouveau renseignement. Les lavements sont rendus tels quels, presque aussitôt administrés. Nous maintenons notre diagnostic et décidons de pratiquer l'entéroclysme. Nous opérons dans l'écurie, le temps ne nous permettant pas d'opérer dehors et nous introduisons toujours avec la même

technique 25 litres d'eau savonneuse tiède, nous le faisons promener lentement dans l'écurie, le cheval ne présente aucune crise mais seulement quelques efforts expulsifs. Au bout de deux heures l'anús est libéré, l'animal remis dans sa stalle se couche et somnole. Nous le quittons, et recevons le lendemain la visite de son propriétaire qui nous annonce la guérison. L'animal a évacué une grande quantité de vers, il en a compté plus de 400 dont il nous apporte un échantillon. C'est un ascaris mégalocephala de dix huit centimètres de longueur. Nous avons eu affaire certainement à une obstruction vermineuse ; notre solution savonneuse a produit une panique chez les ascaris et détruit leur agglomération. C'est la seule observation de ce genre que nous ayons pu faire, mais elle nous a paru intéressante à signaler. Il est à remarquer que les coliques ont cessé très peu de temps après l'administration de notre grand lavement sous pression, ce qui tend à prouver que nous avons eu réellement affaire à un paquet d'ascaris qui se sont immédiatement dissociés au contact de celui-ci : la cause ayant disparu aucune colique ne s'est plus produite et la guérison a été obtenue aussitôt.

OBSERVATIONS III

Dans la nuit du 2 au 3 Mai 1923, nous nous rendons auprès d'un cheval faisant le jet de trois ans et présentant des coliques depuis le 2 à midi. Ces coliques sont légères, l'animal gratte du pied, se regarde le flanc, puis se couche et se plaint, mais ne cherche pas à se rouler et n'a aucune réaction violente. Ces crises durent quelques minutes, puis une accalmie assez longue se produit, pendant laquelle l'animal cherche à manger, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, ne présente en somme qu'aucun signe de maladie. A l'auscultation, des bor-

borygmes quoique un peu plus faibles sont cependant nettement perçus ; le tympanisme est nul, d'ailleurs les gaz intestinaux sont évacués assez fréquemment et les défécations continuent à se produire mais se réduisent à trois ou quatre crottins à chaque expulsion. On note de fréquentes érections. La fouille rectale nous permet de sentir des crottins très durs, nombreux et volumineux dans le colon flottant.

Nous portons le diagnostic de pelotes stercorales et en raison du peu d'intensité des symptômes observés nous émettons un pronostic bénin. Nous faisons une injection hypodermique, de 10 centigrammes de pilocarpine, nous administrons, per os, 500 gr. de sulfate de soude et recommandons de donner toutes les demi-heures des lavements abondants de décoction de graine de lin froide. De plus nous ordonnons la diète hydrique. La journée du 3 Mai n'amène aucun changement dans l'état de notre malade. Les coliques sont toujours légères et intermittentes, les expulsions de crottins sont plus rares : mais nous ne constatons aucun signe alarmant. Nous faisons une nouvelle injection de 10 centigrammes de pilocarpine et administrons un bol d'aloès de trente grammes. Des lavements froids sont ordonnés toutes les demi-heures.

Le 4 Mai, les défécations cessent complètement, les borygmes disparaissent, les coliques augmentent d'intensité, l'exploration rectale nous permet encore de sentir des crottins très durs et volumineux. Nous décidons de tenter l'entéroclisme. 20 litres d'eau savonneuse sont alors introduits suivant notre technique et une nouvelle injection hypodermique de 10 centigrammes de pilocarpine est faite. Au cours de la promenade à laquelle nous soumettons le malade, celui-ci marche à une allure lente, il ne cherche pas à se coucher, à quelques efforts expulsifs, puis hennit et cherche à manger

les brins d'herbe à sa portée. Une fois la ligature de l'anüs enlevée, on le rentre à l'écurie, il se couche pendant une demi-heure, sommeille puis entendant d'autres chevaux, il hennit, se relève, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui et cherche à manger sa litière. La diète est ordonnée. 12 heures après l'introduction du grand lavement, une première évacuation de très gros crottins très ramollis, se produit ; puis la débâcle intestinale se poursuit sans incident. Aucune colique ne s'est manifestée depuis l'entéroclisme.

OBSERVATION IV.

Le 31 Août 1923 à midi nous sommes appelés auprès d'un animal venant de faire le jet de trois ans. Le cheval est malade depuis le matin et a présenté des coliques intermittentes ; lorsque nous arrivons il extériorise une douleur violente. Il se couche, se roule, se met sur le dos, la respiration est courte, les naseaux dilatés, le facies grippé, par moment il porte le nez vers le grasset. Ne pouvant pousser notre examen plus avant, nous faisons une injection de 50 centigrammes de morphine. Sous l'influence de ce calmant, les coliques s'atténuent très sensiblement. Nous pouvons alors continuer notre examen. La muqueuse oculaire est rougeâtre, la langue sèche, l'auscultation ne décèle aucun borborygme.

Les dernières portions ds l'intestin ne renferment pas d'excréments, mais au niveau de l'anse pelvienne du colon replié nous avons la sensation d'une masse dure et volumineuse cédañt à la pression du doigt et formée de matières alimentaires tassées.

Nous diagnostiquons obstruction intestinale par pelote stercorale et faisons une injection de 20 centigrammes de pilocarpine, puis nous donnons des lavements d'eau froide que

L'animal rejette aussitôt. Nous faisons une nouvelle injection de cinquante centigrammes de chlorhydrate de morphine qui calme notre malade. Les défécations sont nulles, bientôt les symptômes s'aggravent, l'état général empire. Nous décidons alors de lui administrer notre grand lavement sous pression ; 25 litres d'eau savonneuse tiède sont alors introduits, une injection de pilocarpine est faite à nouveau et le cheval est promené pendant deux heures. Son allure est très rapide au début et il essaie à plusieurs reprises de se coucher. Rentré à l'écurie une fois l'anus libéré, il se couche, assez calme, a deux crises nouvelles peu violentes à une demi-heure d'intervalle ; il se relève, reste triste et somnolent, puis s'éveille peu à peu et cherche à manger. La première évacuation a eu lieu 12 heures après sa rentrée à l'écurie.

OBSERVATION V.

Le 15 septembre 1923 à 18 heures, nous nous rendons auprès d'un cheval de cinq ans qui a déjà eu des coliques très légères il y a huit jours. Depuis quelque temps, le propriétaire a remarqué que l'animal perdait beaucoup de foin et qu'il faisait des « chiques » en mangeant le fourrage. Aujourd'hui il l'avait pris pour faire une course à vingt kilomètres de chez lui. A midi le cheval n'a pas mangé sa ration. En revenant il a eu quelques coliques et a cherché à se coucher en montant une côte, mais son propriétaire a réussi à le ramener à son écurie. Lorsque nous arrivons le cheval a des coliques légères, les évacuations excrémentitielles se produisent régulièrement mais les matières sont ramollies presque diarrhéiques. Les borborygmes sont entendus nettement l'animal porte fréquemment la tête vers le flanc. Nous pensons à une crise d'entérite et nous ordonnons un enveloppement chaud du ma-

lade, puis nous prescrivons l'administration de 60 grammes de teinture d'opium, à donner en 3 fois, à trois heures d'intervalle dans un litre d'infusion de tilleul.

Le lendemain matin, le propriétaire nous annonce que son cheval ne va pas mieux. Les coliques ont été plus intenses avec accalmies de courte durée. Les défécations ont cessé. A notre arrivée auprès du madade nous constatons en effet une aggravation de son état. La muqueuse oculaire est grisâtre, les naseaux très dilatés, le facies anxieux, les borborygmes ont disparu, le rectum est vide, le bras sort recouvert de mucosités, néanmoins nous sentons dans le flanc droit une masse dure cédant à la pression du doigt, masse que nous pensons être une pelote, mais dont nous ne pouvons préciser le siège. Nous pratiquons alors l'entéroclisme (30 litres) et faisons une injection de 10 centigrammes de pilocarpine. Au relever, la muqueuse oculaire est grisâtre, la respiration courte, le facies grippé, une sueur froide recouvre tout le corps, nous craignons une issue fatale. Nous faisons cependant promener le cheval. Les symptômes généraux s'atténuent progressivement et le cheval peut faire une promenade de deux heures. Une fois rentré à l'écurie, il se couche, puis a une crise très violente au cours de laquelle il se livre à de violents mouvements de membres. Cette crise dure 10 minutes, 1 heure après nouvelle crise atténuée, suivie d'un calme subit qui a persisté. 10 heures après l'opération, la première défécation se produit.

OBSERVATION VI.

Le 23 Novembre 1923, nous sommes appelés auprès d'un cheval de quatre ans et demi. Le propriétaire nous apprend que son cheval ne s'est pas vidé depuis une dizaine d'heures et qu'il a des coliques sourdes par moments mais à d'autres

moments dit-il, il ne paraît pas malade. Ce cheval mange de l'ajonc et n'a pas travaillé depuis une huitaine de jours. Nous constatons en effet qu'il n'y a pas de symptômes généraux inquiétants. Le cheval a des crises qui n'ont rien de dramatique il se regarde les flancs, se couche avec précaution, se plaint, mais ne se roule pas. La muqueuse oculaire a une coloration rosée, l'haleine est fade, l'animal entre souvent en érection, baille fréquemment. A l'auscultation on entend quelques borborygmes atténués. A l'exploration rectale on sent dans le colon flottant un chapelet de crottins très durs et très tassés, un de ces crottins a le volume d'une tête d'enfant ; le bras sort recouvert de mucosités. Nous portons le diagnostic d'obstruction intestinale par pelotes stercorales, et nous basant sur le cas faisant l'objet de l'observation III, nous pensons que, cet état de choses pouvant persister longtemps sans résultat, il est préférable d'utiliser immédiatement l'entéroclisme. L'opération se passe normalement. Nous faisons l'injection habituelle de 10 centigrammes de pilocarpine. On fait marcher l'animal pendant deux heures puis on le rentre à son écurie, l'anus est libéré, une légère crise de 5 minutes se produit, puis le calme réapparaît et persiste. La 1^{re} évacuation excrémentitielle s'est produite six heures après l'opération.

OBSERVATION VII

Le 22 juin 1924 à 3 heures du matin, nous sommes appelés pour donner nos soins à un poulain prenant trois ans, atteint de coliques depuis la veille au soir. Le propriétaire nous avertit que son cheval a parfois des petites coliques qui durent quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre. Il croyait que cette fois il en serait de même, aussi a-t-il temporisé avant de nous appeler. La veille l'animal n'a pas mangé sa

ration du soir, puis il a présenté des coliques légères suivies d'accalmie. Notre client l'a promené, lui a donné des lavements, mais n'a constaté aucune amélioration. A notre arrivée l'animal a une crise assez violente que nous sommes obligés de calmer par une injection hypodermique de 50 centigrammes de morphine. La muqueuse oculaire est grisâtre, l'animal se plaint, particulièrement lorsqu'il est couché, se regarde le flanc. Silence complet dans la cavité abdominale, la fouille rectale en même temps qu'elle décèle la vacuité du rectum nous permet de sentir une masse dure, volumineuse située dans le colon flottant et qui est une pelote stercorale. Le bras sort recouvert de mucosités. Nous administrons des lavements d'eau froide et donnons une injection de 10 centigrammes de pilocarpine. Au bout de deux heures, nous ne constatons pas la moindre amélioration, les coliques persistent avec le même caractère intermittent. N'espérant pas obtenir une guérison sans recourir à l'entéroclysme, nous tentons celui-ci immédiatement. Nous introduisons ainsi 25 litres d'eau savonneuse tiède et nous relevons notre malade. A ce moment la respiration très courte, les naseaux dilatés à l'extrême, la muqueuse oculaire très pâle, la démarche titubante, le corps recouvert d'une sueur froide nous font craindre une déchirure de l'intestin, aussi ne faisons nous pas l'injection habituelle de pilocarpine. Nous faisons faire quelques pas au malade, la démarche chancelante tout d'abord, devient bientôt plus assurée, puis normale. La muqueuse oculaire devient rougeâtre, les symptômes angoissants s'atténuent progressivement et pas une fois au cours de la promenade de deux heures que nous lui faisons faire, le cheval ne cherche à se coucher. Rentré à l'écurie après ligature enlevée, le calme persiste et la première évacuation excrémentitielle se produit à midi.

OBSERVATION VIII

Dans la nuit du 9 au 10 août 1924, nous nous rendons auprès d'un cheval de quatre ans atteint de coliques depuis la veille au soir. Le propriétaire nous dit que son cheval ne s'est pas vidé depuis la veille, aussi lui a-t-il fait prendre 500 grammes de sulfate de soude et administré quelques lavements. A notre arrivée le cheval est en proie à une crise assez vive, il gratte le sol rapidement et énergiquement, les naseaux sont contractés, il se couche sans trop de précaution, puis se met en décubitus latéral complet, porte le nez vers le flanc, agite violemment ses membres, se met sur le dos, puis fait un tour complet sur lui-même. Une période d'accalmie succède à cette crise, l'animal se relève en prenant la position du chien assis. La bouche est chaude, la langue jaunâtre, l'haleine fétide. Le rectum est vide, on ne trouve pas de masse obstruante mais le bras sort recouvert de fausses membranes. A l'auscultation les borborygmes sont complètement absents. Bientôt une nouvelle crise plus violente que la précédente apparaît.

Nous basant sur l'absence de défécations, sur la présence de fausses membranes dans le rectum et sur le caractère intermittent des coliques, nous portons le diagnostic d'obstruction intestinale sans pouvoir préciser davantage. Etant donné l'intensité des crises, nous décidons d'utiliser l'entéroclisme, les autres moyens de traitement ne nous semblant pas devoir donner un résultat satisfaisant.

Nous opérons dans l'écurie à la lueur de bougies, nous introduisons ainsi 20 litres d'eau savonneuse tiède et nous faisons une injection de 10 centigrammes de pilocarpine puis nous soumettons le cheval à une promenade de deux heures au cours de laquelle il tente de se coucher à plusieurs reprises. Nous enlevons la suture, notre malade rentré à l'écurie

présente quelques crises légères et bientôt une autre très violente, mais très courte, suivie d'un calme subit.

Le lendemain le propriétaire nous apporte « un gros crottin » qu'il avait trouvé au milieu de matières très ramollies, à la première évacuation d'excréments, 12 heures après la rentrée du cheval à l'écurie.

Ce gros crottin n'était autre qu'un aegagropile ovoïde de 12 centimètres de longueur sur 10 de large. Notre lavement sous-pression l'avait chassé en avant, puis il était revenu à différentes reprises sur son point d'immobilisation, qu'il avait réussi à franchir à la suite d'une contraction intestinale plus énergique, ce qui explique les crises légères puis la crise violente que nous avons observées à la rentrée à l'écurie. C'est le seul cas d'obstruction par aegagropile que nous ayons constaté.

OBSERVATION IX

Dans la soirée du 29 novembre 1924, on vient nous chercher pour visiter un cheval de deux ans et demi qui a des coliques depuis le matin. Le propriétaire nous apprend qu'il a saigné son cheval dès l'apparition des premières coliques retirant ainsi 6 litres de sang. Il ajoute que son cheval ne peut pas se vider.

Nous constatons en effet que celui-ci lève fréquemment la queue et a des efforts expulsifs assez violents, accompagnés de coliques légères. Nous procédons aussitôt à la fouille rectale et la main arrive directement sur une volumineuse pelote de 15 centimètres environ de diamètre et qui nous paraît avoir une grande longueur, nous donnant l'impression de plusieurs pelotes soudées ensemble.

Nous essayons de passer la main entre elle et la paroi intestinale, mais ne pouvons y parvenir. Nous la fragmentons avec

les doigts et arrivons ainsi à en extraire une partie. La main ne sort point recouverte de matières sanguinolentes, l'intestin n'a donc pas perdu son intégrité, nous pensons qu'avec des lavements mucilagineux donnés en abondance la pelote pourra être évacuée et nous faisons une injection de 10 centigrammes de pilocarpine et une de 25 centigrammes de chlorhydrate de morphine. La nuit se passe sans changement, le cheval reste relativement calme, mais les lavements n'ont donné lieu à aucune défécation. Les borborygmes sont cependant très nettement entendus. Le lendemain l'état général de notre malade est assez mauvais, la muqueuse oculaire est pâle, la douleur est plus intense, les borborygmes s'atténuent, les efforts expulsifs sont plus violents. Nous fouillons à nouveau le cheval, nous pouvons encore extraire quelques fragments de la pelote, mais notre main sort recouverte de mucosités sanguinolentes.

L'impossibilité d'obtenir l'évacuation de la pelote avec la main, l'inutilité des lavements et d'autre part l'infiltration de la paroi intestinale qui aboutirait à une gangrène rapide nous commandent de tenter l'entéroclisme qui seul pourra être efficace.

Au relever notre malade paraît anxieux, les mouvements respiratoires sont fréquents, les naseaux dilatés, la conjonctive grisâtre, une sueur froide recouvre tout le corps. Tous ces signes de mauvais augure, nous font craindre une rupture de l'intestin. Nous faisons néanmoins marcher notre malade. Les signes alarmants s'atténuent progressivement et au bout de trois heures, nous libérons l'anus. Nous n'avons pas pratiqué l'injection habituelle de pilocarpine étant donné les lésions de l'intestin au niveau de la pelote. Une fois l'animal rentré à l'écurie, nous le fouillons à nouveau, mais nous ne trouvons plus trace de la pelote, le lavement l'a déplacée et refoulée en

avant. A son point d'immobilisation, la paroi intestinale nous donne l'impression d'être considérablement épaissie et la muqueuse rugueuse. Le cheval se couche, reste calme pendant une heure, puis présente à ce moment une crise très vive à laquelle succède une accalmie subite. Il semble s'éveiller, cherche dans sa mangeoire, regarde le ratelier et à partir de ce moment n'a plus eu aucune colique. Peu de temps après une première évacuation de très gros crottins très ramollis et en partie fragmentés a lieu. D'autres ont suivi sans incidents. Nous avons alors ordonné plusieurs lavements par jour pendant trois jours, lavements d'eau froide additionnée d'eau de javel à la dose d'une cuillerée à soupe par litre d'eau, pour désinfecter la paroi intestinale plus ou moins irritée et nous avons maintenu l'animal au régime des barbotages clairs pendant 4 jours, après quoi il a été remis progressivement à son régime normal.

OBSERVATION X

Le 29 Juillet 1925, nous nous rendons auprès d'un cheval de cinq ans, acheté la veille et présentant des coliques depuis quelques heures, coliques très légères que notre client a essayé de combattre par des lavements. A notre arrivée, l'animal est très calme, l'air éveillé : ne présentant aucune apparence de maladie, à part le refus des aliments et un fouillement presque continu de la queue. A l'auscultation on entend des borborygmes normaux, la fouille rectale nous permet de retirer des matières ramollies par les lavements, nous sentons des crottins dans le colon flottant, crottins ne paraissant pas devoir constituer un obstacle au cours des matières excrémentitielles.

Malgré la persistance des défécations, le calme apparent

que présente notre malade, nous pensons cependant à une obstruction intestinale relativement bénigne et nous ordonnons des lavements d'eau froide toutes les demi-heures 500 grammes de sulfate de soude, per os, et nous faisons une injection sous-cutanée de 10 centigrammes de pilocarpine, la journée se passe sans changement appréciable. Les défécations persistent, les coliques ne présentent à aucun moment de caractère aigu. L'animal refuse tout aliment mais accepte volontiers des liquides. Les borborygmes sont encore nettement perceptibles.

Nous confirmons notre diagnostic, et nous émettons encore un pronostic relativement bénin. Nous faisons une nouvelle injection de 10 centigrammes de pilocarpine et donnons deux douches rectales à une demi heure d'intervalle (10 litres d'eau froide à chaque douche)

Le lendemain on nous avertit que les défécations ont complètement cessé et que les lavements sont rendus tels quels. Les coliques semblent augmenter d'intensité, les borborygmes ne sont plus perçus, la conjonctive est rougeâtre, le rectum est vide, le bras sort recouvert de fausses membranes, nous ne sentons aucune masse obstruante, seuls quelques crottings assez durs mais de dimensions normales, siègent dans le colon flottant. Le bras sort recouvert de fausses membranes. Nous décidons de pratiquer l'entéroclisme et nous introduisons de la sorte 30 litres d'eau savonneuse tiède après quoi nous faisons l'injection habituelle de pilocarpine; nous faisons marcher le cheval pendant deux heures : son allure est lente, signe de bon augure. L'anus étant libéré, l'animal est rentré à l'écurie, il est calme, somnolent, mais ne tarde pas à s'éveiller, à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui et à chercher à manger. Douze heures après l'opération, la première défécation se produit.

OBSERVATION XI

Le 4 Septembre 1925, nous visitons un cheval de neuf ans, tiqueur et sujet aux coliques. Habituellement celles-ci durent une heure ou deux, puis, tout rentre dans l'ordre. Comptant sur une issue semblable, notre client a temporisé et ne nous a appelé qu'à midi, alors que son cheval a des coliques depuis six heures. Celles-ci sont nettement intermittentes avec des crises assez violentes. L'animal est fortement ballonné, pas de borborygmes, le rectum est vide mais le caecum est rempli de gaz. Nous faisons une ponction de cet organe au moyen d'un trocart à saignée, une grande quantité de gaz s'échappe. Nous pratiquons alors une nouvelle fouille rectale et sentons avec les doigts une masse assez dure qui nous paraît être une pelote, mais dont nous ne pouvons préciser exactement le siège.

A la suite de notre ponction les borborygmes réapparaissent, nous faisons alors une injection de 10 centigrammes de pilocarpine et ordonnons des lavements froids. Dans la soirée, aggravation de l'état du malade, la conjonctive est grisâtre, le facies grippé, le tympanisme est réapparu. Les borborygmes ont cessé. Aucune évacuation excrémentitielle n'a eu lieu. Nous décidons de recourir à l'entéroclysme, mais étant donné le ballonnement nous faisons une nouvelle ponction du caecum. Nous introduisons alors 25 litres d'eau savonneuse tiède et nous faisons promener l'animal pendant deux heures non sans lui avoir fait à nouveau une injection de pilocarpine. Une fois rentré à l'écurie le cheval a eu quelques crises légères et dix heures après l'opération, une première évacuation de crottins très fragmentés a eu lieu.

OBSERVATION XII

Le 10 Mai 1925, nous nous rendons à midi auprès d'un cheval ayant des coliques depuis le matin. Celles-ci ont débuté d'une façon assez insidieuse, puis ont augmenté un peu tout en conservant un caractère intermittent. Lorsque nous arrivons le cheval est calme, l'auscultation nous permet d'entendre des borborygmes atténués. A la fouille rectale notre main arrive directement sur une pelote volumineuse qu'il est impossible d'extraire, l'intestin à ce niveau ne paraît pas altéré. Nous faisons une injection de 10 centigrammes et donnons des lavements d'eau savonneuse froide. Nous ordonnons la continuation des lavements froids et recommandons au propriétaire de nous avertir dans la soirée s'il n'observait pas d'amélioration. Le lendemain matin alors que nous croyions l'animal guéri on nous avertit qu'au contraire il ne va pas mieux et qu'il a eu des crises violentes pendant la nuit.

A notre arrivée nous pratiquons la fouille rectale, nous sentons toujours la pelote, mais la main sort recouverte de mucosités sanguinolentes. Le propriétaire nous dit qu'il a fouillé plusieurs fois l'animal comme il nous avait vu faire la veille et qu'il a pu retirer quelques fragments de crottins.

Nous décidons de pratiquer l'entéroclisme et poussons notre lavement très lentement étant donné les lésions existant au niveau de la pelote. Nous introduisons seulement 15 litres d'eau savonneuse tiède. L'animal se relève couvert d'une sueur froide, nous lui faisons faire quelques pas, la respiration est très courte, les naseaux dilatés à l'extrême, le facies angossé.

En présence de ces symptômes très alarmants, et symptomatiques d'une rupture intestinale, nous rentrons immédiatement le cheval à l'écurie, et ne cachons pas au propriétaire

qu'il n'y a pas d'espoir, l'animal meurt en effet trois heures après.

A l'autopsie, le cadave est très ballonné, le rectum prolabé sur une longueur de quarante centimètres. A l'ouverture nous constatons à quatre-vingts centimètres environ de l'extrémité terminale du colon flottant, une déchirure de l'intestin et une pelote de la grosseur de deux poings en amont de celle-ci. L'eau du lavement est répandue dans la cavité abdominale.

L'intestin très friable n'a pu résister à la pression déterminée par l'introduction des 15 litres d'eau du lavement.

CONCLUSIONS

L'entéroclisme, tel que nous venons de le décrire, peut être appelé à rendre de grands services en médecine vétérinaire. Depuis que nous l'utilisons, les pertes assez nombreuses que nous avions à enregistrer du fait des obstructions intestinales, ont considérablement diminué.

Aussi ne saurions-nous trop recommander son emploi à nos confrères. Nous le considérons comme le traitement de choix de toutes les formes graves d'obstruction intestinale par pelotes stercorales, ægagropiles et ascaris pelotonnés. En ce qui concerne la calculose, nous n'avons pas eu l'occasion de pouvoir juger de son efficacité ; nous pensons néanmoins qu'il pourrait donner des résultats heureux à condition toutefois que les entérolithes soient de faibles dimensions.

Est-ce à dire qu'il faille l'utiliser de prime abord d'une façon systématique ? Non, car nombre d'obstructions intestinales sont relativement bénignes et cèdent facilement au traitement habituel, basé sur l'emploi des calmants, des alcaloïdes évacuants et des breuvages huileux et mucilagineux.

C'est au praticien de s'inspirer des circonstances en face desquelles il se trouve placé et de faire un choix judicieux, car tous les cas ne se présentent pas avec la même gravité, mais surtout tous les organismes ne réagissent pas de la même façon.

Vu :

Le Président de thèse

A. GOSSET

Vu :

Le Professeur de l'Ecole d'Alfort

V. ROBIN

Vu :

Le Doyen

H. ROGER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur, de l'Académie de Paris

P. LAPIE

